UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 94

Contribution à l'Étude des Cavités intra-rénales d'aspect kystique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

soutenue publiquement en Février 1950

par

JACQUES BRODEUR

Jury ... MM. FABRE, *Président.*
VIRENQUE, DIEULAFÉ } *Assesseurs.*
LHEZ.
BAZEX, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMPRIMERIE FORESTIÉ
23, Rue de la République

1950

Contribution à l'étude des Cavités intra-rénales d'aspect kystique

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE.
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	CALVET. GORSE.

Professeurs honoraires

MM. RISPAIL, MERIEL, RIBAUT, LAFFORGUE, SERR. GARIPUY CLERMONT.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE. ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale.	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	VALLOIS. LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R).

	MM.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL.
Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P)
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ.
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine Sociale et du Travail.	BONHOURE.
Thérapeutique	GADRAT.
Pathologie externe	GRIMOUD.

PROFESSEURS SANS CHAIRES

Physiologie	M. BAISSET.
Anatomie	COULOUMA

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	POULHÈS ch. de f
Histologie	BIMES ch. de f
Médecine	DARNAUD. GERAUD. DARDENNE. LAPORTE (J.)
Obstétrique	Pontonnier ch. de f.
Ophtalmologie	MARQUES.

	MM.
Chirurgie	RIEUNAU DIEULAFE DAMBRIN (P.)
Physique médicale	DEODATI.
Chimie générale pharmaceutique.	BLANC.
Botanique (Maître de Conférence)	Mme Dulucq Mathé
Odonto-Stomatologie	CADENAT
Pharmacie	COUTURIER
Microbiologie (Mait de Conférence)	BOUISSET.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P).
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.). P. DAMBRIN
Parasitologie	LASSERRE.

	MM.
Botanique et cryptogamie	Mme Dulucq Mathé
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BAISSET.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.
Mycologie	MORQUER.
Psychiatrie	GAYRAL.

Secrétaire de la Faculté ..... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 11 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 48

Contribution à l'Étude des Cavités intra-rénales d'aspect kystique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

soutenue publiquement en Février 1950

par

JACQUES BRODEUR

Jury ... MM. FABRE, *Président.*
VIRENQUE, DIEULAFÉ, LHEZ. *Assesseurs.*
BAZEX, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMPRIMERIE FORESTIÉ
23, Rue de la République

1950

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548911_0134

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

en témoignage de mon affection profonde
et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FABRE

Professeur de Clinique Chirurgicale Urologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance !

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et d'Orthopédie

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LHEZ

Chargé de Cours à la Faculté

qui nous a proposé le sujet de cette thèse et a bien voulu nous guider de ses conseils.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance !

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX

Chargé de cours à la Faculté

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

AUX CHEFS DE SERVICE
DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN

Je tiens à les remercier de l'accueil qu'ils m'ont réservé et de la confiance qu'ils ont bien voulu m'accorder.

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN

Contribution à l'Etude des Cavités intra-rénales d'aspect kystique

Introduction

Des notions nouvelles ont été apportées par la récente publication de quelques observations de cavités intra-rénales d'aspect kystique.

Ces observations sont peu nombreuses; nous en avons relevé cinq et en apportons trois inédites. L'affection est difficile à classer, aussi sa thérapeutique pose-t-elle des problèmes délicats.

La rareté et la récente description de l'affection ont paru justifier une étude dont le Professeur Fabre a bien voulu nous charger en nous confiant deux très belles observations comportant des notions anatomo-pathologiques complètes et précises.

Nous voulons ici apporter essentiellement des faits : notre but est volontairement limité à un apport de documents anatomo-cliniques. Il eut certainement été intéressant d'adjoindre à cela une étude thérapeutique. Il nous a paru qu'elle eût été difficilement intéressante parce que prématurée : le faible nombre d'observations publiées interdit des conclusions thérapeutiques d'ordre général; certaines techniques, en particulier celles de la néphrectomie partielle, sont encore incomplètement codifiées.

C'est pourquoi nous avons divisé ainsi notre étude :

I. — *Avant-Propos et Définition.*
II. — Chapitre I. — *Nos Observations.*
III. — Chapitre II. — *Etude anatomo-pathologique.*
IV. — Chapitre III. — *Essai de Pathogénie.*
V. — Chapitre IV. — *Etude clinique.*
VI. — *Conclusions.*

Avant-Propos et Définition

Le terme de cavité intra-rénale d'aspect kystique paraît peu précis, ou tout au moins dénote la gêne que l'on éprouve pour classer très exactement cette a ection. Tandis que l'aspect radiologique semble appeler le terme de caverne, l'absence de lésions associées des voies excrétrices, l'absence de B. K. dans les urines paraissent interdire toute étiologie tuberculeuse et faire préférer le terme plus vague de cavité qui ne préjuge en rien de l'étiologie.

L'aspect anatomique, en raison de la limitation nette des lésions et de la nature des parois de cette cavité semble appeler le terme de kyste, mais la communication souvent large entre cette cavité et les voies excrétrices semble à son tour devoir faire rejeter ce terme de kyste, c'est-à-dire de cavité close.

C'est pourquoi devant l'absence actuelle de notions permettant une définition stricte et inattaquable nous adoptons le terme de cavité intra-rénale d'aspect kystique. Il nous paraît conforme aux notions actuellement établies.

CHAPITRE I

Les Observations

Voici tout d'abord les observations relevées dans la littérature.

Observation I *(rapportée par M. Lucien Léger).*

Mlle S...c (Gabrielle) vient en consultation pour des douleurs lombaires gauches. L'interrogatoire révèle quelques épisodes cystalgiques. Je n'ai pas pu retrouver le résultat des examens urologiques et de la séparation des urines, mais j'ai le souvenir qu'ils n'avaient rien montré d'anormal.

Une pyélographie bilatérale fut pratiquée; celle-ci révéla un rein droit sain; par contre, le rein gauche présentait les particularités suivantes : surmontant l'image d'un bassinet et de calices normaux, se dessinait au-dessus du calice supérieur — avec lequel il communique par une tigelle que l'on devine — une poche arrondie à contours nets, d'aspect homogène, de la dimension d'une pièce de un franc.

Intervention. — Néphrectomie gauche le 23 novembre et on constata un rein extérieurement intact. A la coupe, la petite cavité de ce rein apparaissait comme une dilatation située au niveau de la médullaire et recouverte d'épithélium cylindrique. A son niveau le parenchyme est aplati, mais sans autre lésion. Il s'agit d'un kyste congénital d'origine inconnue, de l'espèce des reins polykystiques.

Actuellement, la malade ne souffre plus ni de la région lombaire ni des phénomènes cystalgiques et se porte très bien.

Observation II *(M. Jomain).*

M. X..., âgé de 32 ans, ancien officier de l'armée polonaise, amputé du bras droit, en stage à l'école de rééducation des mutilés, vient consulter dans le service du professeur Valléry-Radot pour pollakiurie et brûlures à la miction. Il signale avoir présenté des hématuries totales, survenues alors qu'il était prisonnier en Allemagne et dont l'origine n'a jamais été précisée.

Le 6 juin 1947 l'examen des urines totales révèle : rares globules blancs, nombreux globules rouges, pas de germe.

Le 6 juin, un nouvel examen des urines, en restriction, montre : présence de globules blancs et de globules rouges d'abondance moyenne; quelques cellules épithéliales; pas de bacille de Koch.

Une urographie intra-veineuse est pratiquée le même jour. Les deux reins sont injectés dès la septième minute, mais même après compression, l'image pyélique droite manque de netteté, aussi le malade nous est-il adressé aux fins de pratiquer une pyélographie rétrograde.

Le 20 juin, nous pratiquons une pyélographie qui montre une image arrondie régulière au contact du calice supérieur. Nous considérons qu'il s'agit vraisemblablement d'une caverne tuberculeuse et demandons un examen des urines en restriction.

Celui-ci est pratiqué le 30 juin et donne un résultat semblable aux précédents :

Globules rouges assez nombreux.
Peu de globules blancs.
Quelques cellules épithéliales.
Pas de bacille de Koch.

Une nouvelle pyélographie de contrôle est pratiquée

le 18 juillet et montre la même image cavitaire arrondie.

Nous demandons alors que soit pratiquée une inoculation au cobaye. Mais le malade, qui a déjà entendu discuter le diagnostic de tuberculose et a été averti des possibilités d'une néphrectomie, nous prie instamment, étant donné l'approche des vacances, de le néphrectomiser sans plus attendre. Faisant confiance à l'image pyélographique et malgré l'absence de bacille de Koch dans les urines, nous acceptons et pratiquons une néphrectomie le 6 août 1947.

Intervention. — Nephrectomie banale d'un rein de volume normal. A la coupe une cavité à parois lisses siège au niveau du calice supérieur. La pièce fut confiée pour un examen anatomo-pathologique du docteur Jean Martin qui nous remit le compte-rendu suivant :

La cavité est constituée par un remaniement scléreux de la trame rénale et est tapissée par un épithélium cylindrique stratifié.

Observation III

(Cavité polaire supérieure;
urogramme d'interprétation difficile)

Un homme de 50 ans, M. M..., qui souffre de crises d'angine de poitrine et a été atteint d'ulcère duodénal, se plaint d'éprouver de fréquentes douleurs en broche dans la partie moyenne de l'hémithorax gauche.

On entreprend à X..., où il est alors soigné, de chercher si quelque affection du rein gauche n'en est pas responsable.

Les seuls signes urinaires présentés par le malade se limitent à quelques brûlures en urinant durant un mois de l'année 1947 et à l'émission de grains de sable blanchâtres qui ont été tenus pour phosphatiques. Les urines limpides ne contiennent ni pus, ni microbes.

Une première exploration radiographique est faite le 26 janvier 1948. La radiographie simple montre une

tache tigrée, majeure, de un centimètre carré de surface dans l'aire de projection du pôle supérieur du rein gauche, tache se projetant sur la onzième côte, à huit centimètres de la ligne médiane.

Le premier cliché d'urographie montre un élargissement du calice supérieur gauche, mais la tache opaque précédente ne se distingue plus.

Le deuxième cliché d'urographie, sous compression, injecte une cavité, de 22 millimètres sur vingt-cinq millimètres, arrondie à contours assez nets, placée en dehors du calice dilaté.

Le troisième cliché, en décompression, ne montre plus grand chose de cette tache.

Un dernier cliché, non daté et fait dans des conditions que nous n'avons pu déterminer, montre dans l'aire polaire supérieure du rein gauche, une tache ovalaire homogène, non plus tigrée, de 10 millimètres sur 7 millimètres.

Une deuxième exploration radiographique faite à Paris le 26 avril 1948 montre sur le cliché simple une ombre polaire supérieure gauche, régulière, de 10 millimètres sur 12 millimètres.

Un premier cliché d'urographie fait — à tort, à notre avis — sous compression, montre en dehors du premier calice supérieur, une tache arrondie de 15 millimètres sur 20 millimètres. Cette même tache apparaît sur un deuxième cliché pris encore en compression et sur un troisième cliché pris en décompression.

L'exploration précédente nous semblant imparfaite, il est fait par l'un de nous une nouvelle série de clichés.

Le cliché simple montre à gauche une tache opaque, arrondie, polaire supérieure, de 10 millimètres sur 12 millimètres.

Le premier cliché d'urographie — sous compression — ne permet plus de distinguer cette tache; il laisse supposer un étalement du premier calice supérieur.

Un troisième cliché pris sous compression (à la tren-

tième minute) montre une tache ronde de 20 millimètres sur 25 millimètres en dehors du premier calice supérieur qui paraît étalé.

Un quatrième cliché de décompression (à la trente-troisième minute) montre encore le même visage.

Elle paraît également sur un cliché pris de profil (à la quarantième minute).

Le reste de l'arbre excréteur, dont nous n'avons pas fait mention), paraît tout-à-fait normal, à part une certaine hypertonicité bilatérale de l'appareil pyélo-caliciel.

Observation IV *(M. L. Dax).*

A..., 53 ans, présente, fin mai 1948, une hématurie totale, abondante, survenant en pleine santé apparente. Il y a lieu cependant de noter qu'à 20 ans il a eu une épididymite tuberculeuse qui aurait guéri en un ou deux ans, sans laisser de traces bien apparentes.

A l'examen, le rein gauche est légèrement douloureux à la palpation profonde. Les urines ne contiennent, en dehors du sang que quelques colibacilles et entérocoques, ni pus, ni bacille de Koch.

L'urographie intra-veineuse montre une image caverneuse du pôle inférieur du rein gauche, reliée par un fin pertuis au calice inférieur; tous les autres calices ont un contour parfaitement normal, ainsi que le bassinet et l'urétère. L'image apparaît particulièrement nette sur le cliché avec compression.

L'absence de pus dans les urines me porte alors à penser qu'il doit s'agir d'une cavité creusée dans un cancer du rein, et j'interviens le 19 juillet.

Intervention : Nephrectomie. — La pièce en main, pas de trace de néoplasme, pas de trace macroscopique de tuberculose, mais la cavité est bien là avec son fond tout près de la convexité du rein et communiquant par un fin défilé avec le calice inférieur intact.

J'envoie le rein à l'anatomo-pathologiste (F. Bonnard,)

qui répond : le parenchyme rénal est découpé par une vaste cavité, à contours irréguliers, anfractueux, se prolongeant par un pertuis dans le calice inférieur.

Cette cavité est partiellement recouverte d'un épithélium prismatique, haut, stratifié, de type urétro-pyélique, reposant parfois sur une couche lymphocytaire; la chute de cet épithélium en certains points a provoqué une ectasie vasculaire avec suffusion sanguine et une diapédèse de leucocytes qui se sont condensés en surface.

Le reste de l'organe présente quelques signes de néphrite révélée par la présence de quelques cylindres qui aveuglent les tubes, sans altération de glomérule.

Absence de tout signe de processus néoplasique; en aucun point la cytologie n'est en rapport avec une localisation tuberculeuse.

Observation V *(Dr Lhez).*

Mlle V..., 31 ans, est examinée en décembre 1944 pour pyurie récidivante avec très légère cystite; elle présente un bon état général, malgré un amaigrissement de deux kilogrammes en quatre mois.

L'examen révèle une pesanteur dans le flanc droit. Ses urines sont claires et contiennent quelques polynucléaires, mais ne révèlent pas la présence de germes ni de bacilles de Koch.

Une urographie intra-veineuse montre des voies excrétrices gauches normales, mais, par contre, une légère déficience fonctionnelle droite; les clichés par compression mettent en évidence une image cavitaire de trois centimètres de diamètre qui communique par un fin pertuis avec le calice moyen. Les calices, le bassinet, l'uretère sont normaux.

La pyélographie confirme les résultats de l'urographie intra-veineuse. On pense à la possibilité d'une caverne tuberculeuse.

Intervention. — Le 17 juillet 1945 on pratique une néphrectomie droite et on trouve un rein sans périné-

phrite et facile à libérer; mais à la palpation on sent la cavité intra-parenchymateuse.

A l'ouverture de la pièce, on voit une cavité de la grosseur d'une prune, sans trace de pus, présentant des parois lisses, régulières. Le parenchyme rénal est par ailleurs macroscopiquement normal.

Enfin, voici trois observations qui m'ont été communiquées par le Service d'Urologie du professeur Fabre, de l'hôpital de la Grave de Toulouse.

Observation VI.

Mme Sto..., âgée de 41 ans, vient en consultation le 20 décembre 1948 pour une hématurie spontanée, indolore, sans cystite, ayant duré huit jours. Elle a présenté de l'albuminurie au cours d'une grossesse.

L'examen général est négatif. Les urines contiennent de rares polynucléaires, quelques hématies, pas de germe. L'urée sanguine est à 25 centigrammes; la constante d'Ambard à 0,075; la phénol-sulfone-phtaleïne à 62%.

Pas de lithiase urinaire. La vessie est normale.

A l'urographie on constate une bonne sécrétion bilatérale, mais la morphologie ne peut être jugée que par une pyélographie qui montre, à gauche, un calice supérieur prolongé par une cavité du volume d'une noix, à bords irréguliers. Tous les autres calices sont normaux.

Intervention. — Le pôle supérieur du rein gauche est bosselé, irrégulier, avec un renflement net, limité vers le bas par un sillon peu profond. Sous hénostase provisoire du pédicule on pratique une résection large de la presque totalité du pôle supérieur au bistouri électrique par section en biseau. On ligature un vaisseau. La tranche de section saigne peu. On rapproche les deux valves de section avec des catguts transfixiants serrés deux à deux sur des fragments de muscles disposés latéralement.

Les suites sont sans incident. Un mois après, l'urographie montre une sécrétion satisfaisante du rein gauche. La pyélographie donne une image d'amputation totale nette, sans bavure du calice supérieur.

L'examen anatomo-pathologique sera rapporté plus loin.

Observation VII.

Mme O..., Marie, âgée de 29 ans, entre dans le service d'urologie le 29 février 1949. Son père est mort d'une tuberculose pulmonaire à 40 ans. En 1946, on a fait chez elle le diagnostic de tuberculose rénale : on aurait trouvé une fois des BK dans les urines. Après un traitement général et du repos, la malade s'améliore.

En février 1949, la malade rentre à Purpan dans le service du professeur Roques pour pleurésie. Puis elle passe dans le service d'urologie, car la malade souffre du rein droit. C'est une douleur vive, continue, siégeant dans la région lombaire droite, avec parfois des irradiations scapulaires.

Les urines sont peu abondantes, et peu troubles. Les mictions se sont pas douloureuses

On pratique le 13 février 1949 une urographie qui révèle une sécrétion convenable avec :

— à droite, un bassinet et un uretère légèrement dilatés,

— à gauche, une morphologie incomplètement visible.

Une pyélographie est faite le 25 février 1949, dont voici le compte-rendu : à droite, on trouve un uretère et un bassinet normaux. Les calices inférieur et moyen paraissent normaux; mais, branché sur le calice supérieur, il existe une cavité volumineuse (de la dimension d'une pièce de 5 francs), à contours très nets, reliée au calice par un pédicule assez étroit.

A gauche, l'urétère et le bassinet sont normaux. Le

calice supérieur est dilaté, mais il a des contours très nets.

L'examen physique des reins ne révèle à gauche rien d'anormal, il n'y a pas de points douloureux; par contre, à droite, le rein n'est pas palpable et on trouve un point douloureux lombaire sous la douzième côte, sur la masse sacro-lombaire.

Des examens de laboratoire sont faits et le culot urinaire de l'urine du rein droit montre la présence de quelques rares polynucléaires, mais on ne trouve ni germes, ni bacille de Koch. L'urée sanguin est au taux de 25 centigrammes.

Intervention (le 21 mars 1949). — Lombotomie droite. — On se trouve en présence d'un rein droit bosselé avec, au niveau du pôle supérieur, une dilatation kystique du volume d'une grosse noix. On pratique une néphrectomie partielle qui porte sur cette dernière portion.

A l'examen macroscopique, la cavité paraît limitée par une mince lame de parenchyme rénal à paroi lisse et régulière et communiquant avec le bassinet.

Il n'existe aucun aspect de lésion tuberculeuse.

Observation VIII.

M. Bal..., 28 ans, dont le métier est ajusteur, entre le 28 janvier au service du professeur Riser pour œdème du membre supérieur gauche avec troubles parétiques du même côté. Le malade est ensuite envoyé au service d'urologie pour néphrite rebelle et, semble-t-il, évolutive.

L'examen de la région lombaire ne montre rien de particulier, pas de point douloureux.

L'analyse chimique des urines n'indique pas la présence de sucre et on note trente centigrammes d'albumine.

L'examen cyto-bactériologique révèle la présence, dans le culot urinaire d'hématies, de cylindres granuleux, de polynucléaires altérés, mais on ne trouve ni germe, ni bacille de Koch.

On pratique une urographie le 19 mars 1949 :

— le cliché sans préparation ne montre pas de lithiase radio-visible,

— le cliché après injection ne montre aucune imprégnation rénale et une très légère imprégnation vésicale.

Le 11 mai 1949 on pratique une pyélographie qui montre :

— du côté droit une ptose rénale; le bassinet se trouve en face de la quatrième vertèbre lombaire; il y a aussi une ptose du calice supérieur, mais la morphologie est normale;

— du côté gauche : les calices moyen et inférieur ont une morphologie normale, tandis que le calice supérieur ne présente pas d'imprégnation.

On pratique une séparation des urines : l'urée urinaire du côté gauche est de 8 0/00, tandis que du côté droit elle est de 7 0/00.

Le 17 mai on pratique une pyélographie gauche qui donne les résultats suivants :

— uretère et bassinet normaux,

— grand calice supérieur court et paraissant ampullaire; au niveau de la dilatation il existe un pertuis faisant communiquer ce calice avec une cavité intra-parenchymateuse à contours nets et ayant 3 centimètres environ de diamètre.

Intervention. — Lombotomie gauche classique. — Libération d'un rein de volume sensiblement normal mais entouré d'une légère péri-néphrite. Le pôle inférieur est normal, tandis que le pôle supérieur présente une double bosselure limitée par deux sillons dont l'inférieur passe au-dessus d'une ligne horizontale marquant la moitié du rein. Extérieurement, le pôle supérieur a un revêtement normal. On pratique la décapsulation et on fait une néphrectomie partielle de tout le pôle supérieur.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

L'étude anatomo-pathologique de ces cavités kystiques intra-rénales va nous montrer que celles-ci se présentent de diverses façons.

Aspect extérieur du rein.

L'aspect extérieur du rein porteur d'une cavité kystique nous permet de distinguer deux grands types :

1er Type. — Le rein paraît macroscopiquement normal. La surface est régulière, sans bosselure ni dépression; le volume est sensiblement normal; la capsule propre est uniforme. Seule la palpation de l'organe permet, en déprimant le rein, de reconnaître l'existence d'une cavité dans sa masse.

2e Type. — Dès qu'il est libéré, le rein apparaît porteur d'une anomalie. Il existe tout d'abord des phénomènes plus ou moins marqués de péri-néphrite. L'un des pôles apparaît bosselé, irrégulier; un ou plusieurs sillons déprime sa surface et la capsule se montre fortement adhérente au fond du sillon. La palpation du pôle (supérieur le plus souvent), ainsi nettement séparé de la partie restante du rein, montre l'existence d'une cavité kystique que le doigt déprime.

Ce double aspect nous paraît avoir un intérêt certain au point de vue pathogénique.

Aspect de la cavité.

Tout d'abord leur aspect est variable :

Le plus souvent ces cavités sont arrondies, uniformes, homogènes et régulières.

Dans les observations précédentes, on le trouve sept fois ainsi. Dans une seule observation, la sixième, on trouve une image cavitaire à bords irréguliers, polycycliques.

Dimensions. — Les dimensions de ces cavités kystiques sont très mal définies; elles varient de la taille d'une pièce de un franc à celle d'une mandarine. On trouve ici une fois la dimension de un franc (Observation I), deux fois celle d'une noix (Observation III et VI), une fois celle d'une pièce de cinq francs (Observation VII), une fois trois centimètres de diamètre (Observation V), et enfin une fois quatre centimètres de diamètre (Observation VIII).

Contours : sont ronds ou polycycliques, suivant les cas.

Le plus souvent ils sont nets et arrondis; c'est ainsi que nous les avons trouvés dans sept observations sur huit.

Une fois (Observation VI) la cavité kystique avait des contours irréguliers, polycycliques, peu nets.

Communication avec les voies excrétrices ou non.

Les cavités sont en communication avec les voies excrétrices. Beaucoup de ces cavités sont en relation avec les calices. Dans trois cas (Observation I, VII, VIII), la cavité est en relation avec le calice supérieur et communique avec lui par un fin pertuis, un pédicule étroit; parfois la communication est établie entre la cavité kystique et le calice moyen (Observation V); par contre, dans l'Observation IV c'est le calice inférieur qui est en rapport avec le kyste.

Muqueuse tapissant ces cavités.

Le plus souvent c'est une continuation de la mu-

queuse des voies excrétrices. Voici tout d'abord le compte-rendu histologique de l'examen du rein du malade dont il est question dans l'observation II : Le rein est sensiblement normal dans l'ensemble de son parenchyme. La cavité constatée macroscopiquement est limitée par une coque née aux dépens d'un remaniement scléreux de la trame rénale. Cette coque, fort peu épaisse d'ailleurs, et traversée par des tubes de Bellini, est tapissée par un épithélium cylindrique stratifié, en partie ulcéré ou aplati. Il est histologiquement incontestable que l'on se trouve en présence d'une dilatation calicielle.

L'examen histologique pratiqué par M. F. Bonnard pour le rein du malade cité à l'observation IV a donné le résultat suivant : Le parenchyme rénal est découpé par une vaste cavité, à contours irréguliers, anfractueux, se prolongeant par un pertuis dans le calice inférieur.

Cette cavité est partiellement recouverte d'un épithélium prismatique, haut, stratifié, du type uretéro-pyélique, reposant parfois sur une courbe lymphocytaire; la chute de cet épithélium en certains points a provoqué une ectosie vasculaire avec suffusion sanguine et une diapedèse de leucocytes qui se sont condensés en surface.

Le reste de l'organe présente quelques signes de néphrite par la présence de quelques cyclindres qui aveuglent les tubes, sans altération des glomécules.

Absence de tout signe de processus néoplasique; en aucun point la cytoloyre n'est en rapport avec une localisation tuberculeuse.

Chez la malade de l'observation VI, la pièce fut examinée et le compte-rendu qui nous fut donné fut celui-ci (Prof. agrégé Bimes) :

L'isolement du pôle supérieur par un sillon est conditionné par une hide fibreuse tendue de la périphérie jusqu'à la paroi du grand calice. La cavité qui prolonge le

grand calice et affleure la corticale est tapissée d'un épithélium stratifié au-dessous duquel il existe un infiltrat lymphoïde avec follicules à centres clairs. Plus profondément l'infiltrat est discret, discontinu, tandis qu'un processus de scléiose extensive conditionne des altérations parenchymateuses avec dilatation de certains groupes de tubes urinifères, transformés en amos micro-micro-polykystiques. A distance le parenchyme est normal.

Le professeur Bimes examinant la pièce anatomique prélevée sur le malade de l'observation VII a donné ce compte-rendu :

Lésions de néphrite interstitielle sans caractère spécifique, avec épaississement fibreux de l'interstitium, avec avec infiltrat lymphocytaire souvent important, mais sans formation folliculaire.

Lésion du segment excréteur des tubes urinifères avec production de nombreux kystes.

Pas dé lésion des tubes contournés et des glomécules.

Le développement de la cavité paraît être en rapport avec la dilatation d'un calice; elle est limitée par un tissu granulomateux infiltré par des lymphocytes où sont incorporés quelques tubes distendus.

Voici la constitution histologique de la cavité de l'observation VIII :

Sclérose diffuse, très importante, qui sépare complètement chacun des tubes, entoure très étroitement les artères et les glomécules.

En beaucoup de points, cette sclérose est très dense et ancienne. De plus elle est elle-même très infiltrée par de très nombreux lymphocytes et histiorytes ou des fibroblastes en activité. Il n'y a pas d'abcès à proprement parler.

Les quatre uriquilines des glomécules ont subi une transformation fibreuse totale, la plupart de ceux qui restent ne sont d'ailleurs pas normaux et présentent une sclérose notable.

Parmi les artères, il y a quelques figures d'artériose maligne avec une réaction endothéliale très sténosante, les autres représentent simplement une fibrose hypertrophique de la couche sous-endothéliale ou de l'adventice elle-même, la média étant à peu près indemne.

Il faut signaler une dilatation notable et parfois très importante de groupes de vingt à trente tubes qui constituent une sorte de formation semi-kystique isolée dans la masse générale scléreuse.

CHAPITRE III

Pathogénie

Ce n'est qu'un essai de pathogénie que nous voulons présenter.

Les cavités kystiques peuvent-elles être assimilées aux grands kystes solitaires du rein?

Le grand kyste solitaire a le plus souvent une situation et un développement plus superficiels : il apparaît situé sous la capsule. C'est une cavité indépendante des voies excrétrices; on ne retrouve ni la large communication d'un calice et de la cavité relevée dans les observations VI, VII, VIII ni le pertuis relevé dans les observations I, II, IV, V. Lors d'une pyélographie ou d'une urographie intra-veineuse, le kyste solitaire imprime aux cavités voies excrétrices pyélo-caliciennes une déformation identique à celle que provoque une néoformation. Tandis que le kyste n'est imprégné ni au cours de la pyélographie ni au cours de l'urographie, la cavité kystique est revêtue d'un épithélium rappelant et paraissant continuer celui du calice.

La cavité kystique est-elle une caverne tuberculeuse guérie?

Dans aucune des observations relevées, il n'a pu être décelé de B. K. Les voies excrétrices n'ont présenté au-

cune altération telle que trouble de la tonicité, dilatation, pyélite, urétérite, faisant penser à une tuberculose. La valeur fonctionnelle du rein atteint n'a pas paru altérée. A l'examen histologique, aucune lésion de tuberculose n'a été retrouvée. Nous ne pensons pas qu'il puisse exister un processus tuberculeux ulcéro-caséeux capable de produire une cavité aussi volumineuse que celles de nos observations, sans entraîner d'autres lésions parenchymateuses ou surtout d'autres lésions des voies excrétrices. Une atteinte aussi élective, aussi localisée, aussi exclusive et aussi évoluée d'un segment parenchymateux nous paraît peu en accord avec les constatations anatomo-cliniques habituelles. L'absence constante de B. K. est de même peu en accord avec la communication souvent large de la cavité et des voies excrétrices.

Enfin, admettre l'origine tuberculeuse serait admettre la possibilité de la guérison complète, anatomique de la tuberculose rénale. Il ne semble pas qu'il existe une observation apportant la preuve certaine, indiscutable, irréfutable, anatomiquement contrôlée, de cette guérison.

Les cavités kystiques représentent-elles une forme atypique de reins polykystiques?

Nous ne le pensons pas. Rien dans l'aspect radiologique ne rappele cette affection. Même une forme atypique, à prédominance unilatérale, ne peut en être rapprochée. Ces néphrectomies pratiquées (Observations I, II, IV, V) ont démontré l'intégrité de tout le parenchyme environnant.

Les cavités kystiques sont-elles des affections congénitales?

Nous pensons qu'il peut en être ainsi et proposons une explication à partir notamment de nos observations VI, VII, VIII.

Le pôle rénal porteur de la cavité kystique est apparu séparé du parenchyme restant par un sillon très net dont le fond correspondait à la zone de communication entre les voies excrétrices et la cavité. Dans le fond du sillon, la capsule était fortement adhérente. L'examen anatomo-pathologique (par exemple observation VIII) a montré, en regard de ce sillon, une très importante sclérose, dense, ancienne, par endroits infiltrée de très nombreux lymphocytes et histiocytes.

Nous pensons que l'existence de ce sillon peut être rapprochée de celle des dépressions qui, sur un rein fœtal, divisent l'organe en une série de lobules identiques à ceux qui persistent sur le rein de certains animaux. Normalement, chez l'homme, les dépressions disparaissent, la surface du rein devient plane : les divers rénicules font place à un seul rein à surface lisse. Que des phénomènes inflammatoires localisés viennent à survenir sur ce rein fœtal et la sclérose restante assure la persistance plus ou moins marquée d'un sillon en regard d'un segment de calice; peu à peu, cette sclérose enserre ce segment caliciel. Au-dessus de cette sclérose, le petit calice se dilate, « absorbe » la région papillaire, tandis que le parenchyme péri-papillaire disparaît peu à peu comme dans une hydronéphrose : la cavité kystique est constituée et va lentement s'agrandir.

Dans nos observations I, II, IV, V, ce sillon périphérique n'existe pas : ne peut-on admettre qu'il s'est agi de phénomènes inflammatoires plus légers, ayant disparu à la périphérie rénale et permis à la surface rénale de se régulariser.

L'explication proposée reste une hypothèse et c'est comme telle que nous la formulons. Si nos observations VI, VII, VIII plaident en sa faveur, les autres, dans lesquelles le sillon n'existe pas, exigent de faire intervenir ce correctif de la régression de l'infection superficielle. Nous savons que l'explication ainsi donnée est « fragile ».

C'est pourquoi nous pensons qu'il est possible de proposer une autre *pathogénie purement inflammatoire*.

Des phénomènes inflammatoires, discrets, se localiseraient autour d'un petit calice; dans certains cas, ils resteraient peu extensifs, localisés autour du calice; celui-ci, stériosé, verrait son segment péri-papillaire se dilater et donner naissance à la cavité kystique, le rein restant en surface (Observations I, II, IV, V).

Dans d'autres cas, les phénomènes inflammatoires sont plus extensifs, atteignent non seulement la région péricalicienne, mais encore la corticale rénale et la capsule qui se trouve fixée, attirée vers la profondeur dans un sillon cicatriciel (Observations VI, VII, VIII).

Telles sont les deux pathogénies qui nous paraissent les plus plausibles.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Les cavités kystiques intra-rénales ne se révèlent en général que par une symptomatologie assez fruste, et c'est surtout les examens radiographiques après préparation et en particulier l'iconographie intra-veineuse et la pyélographie qui permettent de poser avec certitude le diagnostic qui est lui-même confirmé par l'acte opératoire.

Nous allons d'abord envisager les signes cliniques fournis par l'interrogatoire des malades et par la palpation de leur région lombaire : ces signes sont très variés et aucun des malades cités n'a présenté les mêmes symptômes :

Le malade dont il est question dans l'observation I a présenté des douleurs lombaires gauches et quelques épisodes cystologiques, celui de l'observation II a eu de la pollakiurie et des brûlures de la miction avec une hématurie totale.

Par contre, dans l'observation III on relève des douleurs en broche dans la partie moyenne de l'hémithorax gauche, et des brûlures à la miction.

Chez le 4e malade cité on ne trouve qu'un rein gauche douloureux à la palpation profonde. Pour l'observation V, pesanteur dans le flanc droit.

Le 6e malade a présenté de l'albuminurie au cours

d'une grossesse et une hématurie spontanée, indolore, sans cystite, ayant duré huit jours.

Dans l'observation VII, le malade se plaignait d'une douleur vive, continue, siégeant dans la région lombaire droite, avec, parfois, des irradiations scapulaires.

Enfin le malade de l'observation VIII a été examiné pour un syndrome de néphrite ardénique et hypertensive.

L'examen cyto-bactériologique des urines présente, lui, de la ressemblance entre les divers malades, mais il ne nous donne pas de précieux renseignements, car il est assez banal : présence de quelques leucocytes et parfois d'hématies, de polynucléaires. Jamais il n'a été trouvé de germe typique ou de B. K.

⁂

Ainsi donc l'aspect clinique est polymorphe, sans caractère, empruntant des signes à diverses affections rénales. C'est la radiographie qui va permettre d'individualiser l'affection.

L'urographie intra-veineuse montre tout d'abord que les deux reins ont conservé une valeur fonctionnelle satisfaisante et surtout sensiblement équivalente : il n'y a pratiquement pas d'atteinte fonctionnelle. Les voies excrétrices ont conservé leur tonicité : elles ne sont pas dilatées et l'excrétion est satisfaisante. Ces deux faits constituent un argument essentiel pour différencier la cavité d'aspect kystique de la caverne tuberculeuse.

L'urographie montre une opacité en général arrondie, à contours assez réguliers, ayant un diamètre de 1 cm. 5 à 2 cm. ou 3 cm.; elle se situe dans l'aire rénale, en général au niveau d'un pôle; elle ne déborde le plus souvent pas le contour rénal.

Enfin, fait essentiel, elle communique avec les voies excrétrices et, cela, suivant deux types reproduisant ceux que nous avons décrits au chapitre d'anatomie.

Dans un premier groupe de cas, la communication est constituée par un canalicule étroit, irrégulier, aux bords dentelés, ayant 5 à 6 millimètres de long et branché sur un grand ou un petit calice. — Dans un second groupe, la cavité paraît continuer directement un petit calice, la communication est large, très courte (1 à 2 millimètres) : la cavité occupe exactement la place de la papille correspondante au calice. Cet aspect pourrait faire tout spécialement penser à une caverne tuberculeuse.

Ainsi donc la cavité kystique présente comme caractère capital d'être une cavité branchée sur des voies excrétrices, par ailleurs d'aspect normal.

C'est là, nous l'avons dit, l'un des faits essentiels permettant de la distinguer d'une caverne tuberculeuse : on conçoit difficilement, en effet, une tuberculose aussi destructrice respectant tous les autres segments des voies excrétrices et la vessie — ceci venant s'ajouter à l'absence de B. K. dans les urines.

C'est l'existence de la libre communication entre voies excrétrices et cavité qui est le point important pour différencier le kyste solitaire isolé des voies excrétrices et déformant celles-ci à la façon d'une tumeur

C'est l'unilatéralité stricte et la localisation en un segment précis du rein qui différencie cavité d'aspect kystique et reins polykystiques.

Conclusions

— Il peut exister dans le parenchyme rénal des cavités d'aspect kystique à parois lisses, revêtues d'épithélium et en communication plus ou moins large avec les voies excrétrices.

— Leur clinique est polymorphe; leur découverte est toujours radiologique, au cours d'examens complets spécialisés.

— Leur pathogénie est très incomplètement élucidée; différentes des kystes solitaires et des cavernes tuberculeuses, ces cavités peuvent être expliquées par des phénomènes infectieux surajoutés à un défaut d'involution.

— Leur traitement — que nous n'envisageons pas dans cette étude — doit poser des questions d'indication et de technique opératoire délicates; la solution envisagée devra s'inspirer de tendances nettement conservatrices.

Vu : *Le Président de Thèse,*
J. FABRE

Vu : Pour le Doyen,
L'Assesseur,
BRUSTIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 23 Novembre 1949.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

Index Bibliographique

Lucien LÉGER: A propos de la communication de M. Jomain: Image kystique du rein (*Société Française d'Urologie*, 12 juillet 1948. — *Journal d'Urologie 1948:* tome 54, n° 9-10, page 483).

JOMAIN: Image cavitaire juxta-calicielle due à un kyste parenchymateux (*Société Française d'Urologie,* 21 juin 1948. — *Journal d'Urologie,* tome 54, n° 9-10, page 465).

CHEVASSU: Congrès d'Urologie de 1935: *Tuberculose rénale des tuberculeux génitaux mâles.*

WOLFROMM - GILSON - HELON: Cavité rénale polaire supérieure. Urogramme d'interprétation difficile (*Société Française d'Urologie* du 24 mai 1948. - *Journal d'Urologie,* tome 54, n° 7-8, page 384).

DAX: *Société d'Urologie du Sud-Ouest* (journal d'urologie).